Caisse de retraite des musiciens du Canada

200, boul. Yorkland
Bureau 605, Toronto
(Ontario) M2J 5C1

TÉL : 416.497.4702
TC : 416.497.4742
SANS FRAIS : 1.888.462.6666
COURRIEL : info@mpfcanada.ca
www.mpfcanada.ca

Coordonnées du participant / Changement de bénéficiaire

Si vous changez d'adresse, veuillez en informer l'administration immédiatement.
Veuillez taper l'imprimé ou écrire en caractères d'imprimerie.

Nom de famille du participant (Nom légal)	Prénom	Initiale

Nom professionnel	Numéro d'assursociale

Adresse	(C.P. / App.)

Ville	Province	Code postal

Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Téléphone	courriel

Sexe : ◉ Homme ◉ Femme

État civil : ◉ Célibataire ◉ Marié ◉ Séparé ◉ Divorcé ◉ Veuf / ve ◉ Conjoint de fait

COORDONNÉES DU CONJOINT

Le conjoint est la personne à qui vous êtes marié ou avec qui vous vivez dans une relation de fait pendant une période précise de temps.

REMARQUE : La définition de conjoint varie d'une province à l'autre. Si vous avez un conjoint admissible, la loi sur les retraites ou les dispositions du régime, ou les deux, pourraient prévoir que votre conjoint a droit aux prestations payables à votre décès, sauf s'il y a eu renonciation de ce droit. Si vous n'avez pas de conjoint admissible, veuillez remplir la section sur les **Coordonnées du bénéficiaire.** Si vous ne souhaitez pas désigner un bénéficiaire, veuillez **indiquer**.

Nom de famille du conjoint (si autre)	Prénom du conjoint	Initiale

Date de mariage ou de commencement de cohabitation si vous vivez présentement avec le conjoint (mm/jj/aaaa)

Date de naissance du conjoint (mm/jj/aaaa)	Numéro d'assurance sociale du conjoint

COORDONNÉES DU BÉNÉFICIAIRE

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Initiale

Lien de parenté avec le bénéficiaire	**Sexe :** ◉ Homme ◉ Femme

Adresse du bénéficiaire (si elle diffère de la vôtre)	(C.P. / App.)

Ville	Province	Code postal

Date de naissance du bénéficiaire (mm/jj/aaaa)	Téléphone	Numéro d'assurance sociale

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Il faut signer et dater la section sur la désignation de bénéficiaire. Vous devez apposer votre signature devant un témoin adulte, autre que votre conjoint ou bénéficiaire.

Je désigne aux présentes à titre de bénéficiaire de ma rente de retraite et autres prestations de décès auxquelles je suis admissible en vertu du régime désigné aux présentes, la personne nommée ici, tout en me réservant le droit de modifier ou révoquer cette désignation, peu importe son acceptation et sous réserve des restrictions juridiques, en donnant avis par écrit à l'administrateur de la caisse.

J'autorise l'utilisation des informations fournies ici, y compris mon numéro d'assurance sociale, parle conseil de fiduciaires, ses agents et employés et par mon employeur aux fins d'administrer mes prestations.

Signature du participant	Date

Signature du témoin	Date